

【総説】《類的病者論》と《異邦人的接遇》

——共生とヘルスケア原論——

村 岡 潔

【抄録】

本稿は、共生とヘルスケア（医療と保健）の原論であり「類的病者論」と「異邦人的接遇」の総説である。共生という、人類を集団的「類的に」観る見地からは、病者や障害者は、仏教でいう代受苦的に「苦（病や障害）」を自ら引き受けることでその帰属集団の人々の健康・健常さを保障する利他主義的行為と観てとれる。彼らは、社会のお荷物ではなく、逆に、その集団を支える重要な配置にある存在として評価すべきなのだ。このことは、彼らが治療や援助を受ける一方の片利共生と見る「犠牲者非難イデオロギー」を超えた代理苦理論につながる。しかも集団内では、人々は、援助者と非援助者の役割を常に交代しながら互酬的に共生している。世界のシステムは、元来、享利（共利）共生的なものなのだ。ケアの担い手は、こうした代理苦理論をよく踏まえた上でクライアントの内心に想いを寄せ先入見を排してケアに臨む《異邦人的接遇》に腐心することが望ましい。

キーワード：類的病者論，代理苦理論，互酬性のネットワーク，異邦人的接遇，共生とケア，

I. はじめに～類的病者論について

本稿は、共生とケア、とくにヘルスケア（広義の医療と保健）の原論として「類的病者論」と「異邦人的接遇」について総説するもの¹⁾である。ここでは、まず「類的病者論」について詳述し、それを踏まえた上でケアをする人の態度についての「異邦人的接遇」について解説したい。さて「類的」という用語だが、言うまでもなく、マルクスの「類的生活」²⁾あるいはフォイエルバッハ的な「類的存在」(Gattungswesen, species-being)³⁾の「類」概念に習うものである。

すなわち、人間とは、常に自己と他者を意識し、その関係性のなかで生きる類的存在であり、「類的病者論」とは、(患者・障害者・逸脱者等を含む)病者を類的存在として論ずるものである。人間の共生とは、まさに「常に自己と他者を意識し、その関係性のなかで生きる存在、つまり類的存在」の謂いと言えるからである。この論考は、人間の類的存在を分断する「正常と異常(ないしは健常者と障害者)」といった2項対立的イデオロギーについての批判であり、以下、その代表である犠牲者非難イデオロギー Victim blaming ideology (後述)と代理苦理論(後述)を対比させながら検討する。

「類的病者論」は、動物行動学における集団と個の関係性を人間（人類）という集団的存在に敷衍することから始まる。人間以外の動物界においては、捕食者 A と被捕食者 B との間に弱肉強食の関係がしばしば指摘されるわけだが、類的病者論では、B の動物集団（群れ）に注目して考えると、被捕食者となるのは幼生か高齢の固体か、あるいは病的ないしは（四肢や感覚器官をケガしたような）障害者が大半であるという特性に着目する。すなわち、従来の弱肉強食観では、通俗な「進化論者」が「自然淘汰」などと呼ぶように、それら被捕食者が弱者のゆえだと見なされてしまう。しかし、その弱者が自ら群れの仲間 C に代わって食べられる役割を果たすことで、逆説的には B が属する群れ C の存続を保障している現象と見ることもできる。これを B の C に対する利他的行為 altruistic action とみなし⁴⁾、その類的構造を人類にあてはめることから類的病者論が始まるのである。

次に、医療・福祉をめぐる共生関係を「健常者 vs 病者」あるいは「医療者 vs 患者」という二項対立を類的に考えるとどうなるかについて考察する。医学・医療的視点、ないしは一般的常識としては、健常者は《病者》を庇護し、医療者は患者を助けるという一方向的なベクトルを有する非対称的な関係にあるものという片利共生的前提がまかりとおっている。しかし、類的病者論では両者の関係は享利（あるいは共利）共生的関係にあると見なす。《病者》は健常者に助けられることもあるが、一方、その利他的行為によって健常者を助けているという観点があり、これを「代理苦理論 Altruistic victim theory」⁵⁾と呼ぶ。また、医療者（あるいは医師）と患者の間には、治療者－被治療者という関係はあるものの、患者としての《病者》⁶⁾は類的な存在者として、医療者に対して、その行為の対価としての治療費の提供のみならず、病気や障害に関する様々な情報を提供し、あるいは医療技術の実験台・試験台として自らの心身を提供して、現在の医学医療システムの構築に不可欠な貢献をしてきたし、今後もしていくことになる。交換理論からすると、こうした構造は、《等価交換》⁷⁾とみなすことが可能である。

II. 文化社会的仕分けとしての《正常と異常》の二分法

人も動物も様々な形で生まれてくる。ただそのように生まれてくるだけなのである。しかし、現実には、有無を言わず正常か異常、健常者か障害者かという社会的尺度によって分類されてしまう。大部分は正常や健康されるが、その他は「病気や障害をもって生まれてくる」とされる。社会福祉の分野で残念ながらよく聞かれるという「病気や障害をもって生まれてくる」表現は正確なものではない。なぜなら、「病気や障害は生後に、その文化社会の都合によって価値づけられラベリングされ分類される出来事」に過ぎないからだ。胎児診断などというのは、まさに胎児への意味付けの投影であり、親や社会が、その児の生後の生活に対する先物取引・先入見にすぎないのである。

D・ランチェラートは、J・マーゴリスや HT・エンゲルハートから「自然はいかなる基準／

規準を定めるものではない」というけだし名言⁸⁾を引用している。むしろ、健康や病気といった概念は、価値判断を暗黙裡に含んでおり、対応する社会的文脈という人為のなかでしか理解できない。「病気」や「障害」や「健康」という概念から、果ては「死」という概念に至る身体的・精神的な様々な状態について、私たちの都合による価値評価を反映し、そのようにしてはじめて現実の病気や障害や健康を構築することが可能になる。近代医学・現代医療は、それをあたかも自然的所与であるかのように喧伝する文化社会的システムなのである。

つまり、様々な形で生まれてきた人々を、その社会の代表的な価値観（たとえば平均値をベースにした平均人）で仕分けした結果、病人だとか健康だとか、障害者だとか健常者だとか、命名されることになる。例えば、働けないから社会に役立たないお荷物的な存在とされたり、病気の原因となる病原体や遺伝子変異の担体 carrier として危険視され排除されたりする運命を負わされることになる。こうした差別的な思想を《担体思想》という。

本稿の目的は、病人や障害者はなんら社会に貢献していないと見なす悪しき風習に対して、集団のレベルからどのような批判が可能となるかを提示するものである。まず、卑近な範囲でも社会集団で健康者・健常者と病人・障害者の関係は、やはり病人・障害者のほうが負い目を感じさせられている場面が圧倒的だ。ましてや、担体思想のもとでは、担体として差別されたり、病気になったことを責められたりする。あるいは、責められないとしても、病気や怪我・障害を「自己責任」的なものとして引き受けて生活して行かなければならない。また、ユートピア（トマス・モアの理想国など）の思想でも、ナチス・ドイツの時代でも、精神病院の病人や障害者は、今日同様に、社会のお荷物扱いにされ迫害されあるいは殺戮されてきた。慢性の病人や心身障害者に対する人々の対応は歴史的に変遷してきたが、原始的な社会では、彼らの多くは罪や悪魔と結びつけられて非人道的な扱いを受けてきた。これが、いわば現実の社会の姿であり、社会文化的に至極当然とみなされている、こうした思考様式は「犠牲者非難イデオロギー (Victim Blaming Ideology)」⁹⁾の一種である。

犠牲者非難イデオロギーとは、犠牲者 (victim; 被害者・被災者・患者、あるいは障害者を指す) 本人にその原因・責任があるという、いわば、病気や障害など被った災いや苦の自己責任論である。たとえば、不摂生な生活をしてきたから「生活習慣病」になったとか、ヘビースモーカーだから肺がんになったという至極単純だが、熟考すると無理が露呈しかねない因果論に基づいている。無理というのは、病者を含めた人間の本質は、その現実性においては生物学的及び文化社会的な《諸関係の総体 ensemble》だからであり、それを一つの原因に還元することは、他の多くの諸関係を見失わせることになるからだ。こうした特定病因論¹⁰⁾を中心原理とする現代医学には、発病の「責任」(原因) が「担体」としての病者個人にあるとみなすので、現代社会には、病者本人が被る身体的、精神的、社会的な負担および不利益は、その個人（および家族）が全面的に引き受けるという風習が形成されてきた。担体思想はこの自己責任論的イデオロギー（虚偽意識）に転化しやすいものと言えよう。

こういった病者論，障害者観では，医療行為や福祉事業は非常に人道的な行為として称賛に値することは言うまでもない。それは，自分の親・兄弟・親戚でもないし，友人・知人でもない人を援助していることになることにも関係があるろう。しかし，この考え方の根底には，健康者／健康者の集団 A と病者／障害者の集団 B とが無関係で全く独立しているものだという大前提がある点に共生を反省する上でのヒントがある。たとえば，社会福祉学部で社会福祉を学ぼうと入ってくる新入生に散見されるのは，「私は健康者なので，障害者のあなたを救いたい」という動機であり，これは一般に善とされている。そのこと自体を否定するつもりはないが，こうした医療や福祉の賞賛は，上から目線の「片利共生」論であるという批判を免れることができないからである。むしろ「私は障害者，だから障害者のあなたの役に立ちたい」として入学してくる学生の方がまっとうに思われる。片利共生観を背景にもつ博愛思想や人道主義といったヒューマニズムは，医療や福祉が社会の継続にとって不可欠な享利共生の営為なのだという再認識が必要なのである。

Ⅲ．病気や障害はその個人だけのものか？

前節で述べたように，今日，病気になり，障害を負うということが《病者》¹¹⁾個人の領域に限定されたものとされる風習がある。とくに医学の通念では，病気の原因はもっぱら個人単位で捉えられている。「生活習慣病」（高血圧，糖尿病等々）すらも，多因子遺伝病と捉えることで遺伝子変異（異常）を発病前に発見し，行動変容を行なうことで予防できるかのような考え方すらある。こうすると遺伝病ですら，将来的には自己責任を問われかねないことになる。

的場智子¹²⁾は，こうした「病者責任論」に対してつぎのように批判的に言及している。すなわち，健康な人が，病気になるのは，ほとんどの場合個人の不摂生や悪い生活習慣に原因があるとされやすい。例えば，暴飲暴食，服薬，夜更かし，乱行，スピード運転，喫煙などの悪い習慣を改めて，健康的なライフスタイルを取ることを勧める見方である。的場は，こうした見解は医療社会学的にも「犠牲者非難イデオロギー victim blaming ideology」であり，タバコ産業やアルコールを製造する企業といった社会的組織に対して人々が対処する能力を無視したものだとする。たとえば，国家や行政にしても，排気ガスや大気汚染，あるいは食品添加物をもたらす企業に厳しい規制をかけるよりも，「禁煙」や「ダイエット」といった個人単位で規制でき，しかも責任も問いやすい政策がとりやすいのである。

本稿では，喫煙などの生活習慣といった，発病の「責任」や「原因」が病者個人にあるとされやすい場合だけでなく，発病のリスクファクターとの相関関係が想定しにくい場合（原因が遺伝的あるいは文化社会的環境によるとされる，さらには，原因不明とされる場合）にも，広義の概念として犠牲者非難イデオロギーを用いることとする。すなわち，その病気や障害を罹った結果，《病者》本人が被る身体的・精神的・社会的な負担および不利益は，その個人が全面的に引

き受けざるを得ないものとする従来の慣習も「犠牲者非難イデオロギー」と呼ぶことにする。ともかく、いずれも、病気や障害を個人単位の出来事とみなし、社会や環境を加味した集団的要因や影響力を無視した考え方を指している。

例えば、性感染によるエイズで、その《病者》個人に因果応報的なまなざしが向けられるのは狭義の犠牲者非難イデオロギーであるが、いわゆる「薬害エイズ」のように HIV に汚染された輸血が直接の原因だとしても、感染した個人は、周囲にそのことを知られることで差別などの不利益を受けてしまう。こういう場合が広義の犠牲者非難イデオロギーである。さらに、認知症の《病者》が線路に迷い込んで電車にはねられた場合、その原因が家族の過失と見なされることがあるが、この場合も、鉄道会社の側の問題は不問にされやすい。それは《病者》と家族は一つの単位と見なされるため、これも広義の犠牲者非難イデオロギーの徴候である。

このように、常識や通念からみた病気観は、ほとんどの場合、罹病による負担や不利益を《病者》本人や家族がユニットとして運命的に引き受けなければならないとするような慣習に支配されている。今日の《病者》は、大多数が狭義であれ広義であれ、犠牲者非難イデオロギーという名の個人責任論の対象となりうる立場におかれていると言えよう。

犠牲者非難のまなざしは、古来、慢性病患者や身体障害者などの《病者》に向けられてきた。例えば、立川昭二によれば、（以前、癩病と称された）ハンセン病は、モーセの戒律にあるように「あらゆる疾病の中で、社会的制裁がくわえられた最初のもの」であり、ハンセン病者は、歴史的に差別と偏見の対象とされてきた典型例である¹³⁾。ハンセン病は、1873年にらい菌が発見され、感染症という認識が広まる以前は、宗教上の穢れや前世からの業、あるいは遺伝が原因とされていた。

しかし、医学上、「伝染病」であることが確定されてからも差別と偏見はなくならなかった。伝染するという新たな知見によって、むしろ、この病気にはそれまでの原因論に加えて、伝染病であり「うつる」という「恐怖のまなざし」が加味されたこうした担体思想によるまなざしは、一般の人々の病気に対する差別偏見などの行動を慣習化することになる。例えば、柄谷行人によれば¹⁴⁾、徳富蘆花の小説『不如帰』の舞台では、結核が結核菌による伝染病であるという医学的知識が前提されており、この知識こそが「主人公の女性」を離縁させ、彼女と武男を疎隔させる原因となっている。いいかえれば、結核そのものではなく、結核に関する知識が原因なのである。

今日、感染症（伝染病）は、いわゆる「生活習慣病」とは違い、「個人責任論」で追及される慣習は少なくなってきたが、2009年の「新型インフルエンザ」騒動でも、海外に修学旅行に行った高校生たちに偏見による犠牲者非難が行われたように、この担体思想という慣習は不滅と言える。ここで言う担体思想とは、先述したように、病気に感染した人間は、それが不顕性感染（未発症）か顕性感染（発病）かを問わず、病気（病原体）と一体化した存在（担体）とみなし、しばしばその人間存在を含めて忌避しようとするイデオロギーのことである。

さらに、20世紀では、初期の衛生学の見解によって、「伝染病であれば隔離が有効で、隔離された者の生命は保障されないが、残りの社会は救われる」とする「社会防衛論」が主流となり、「ハンセン病は伝染する病なので、隔離をすれば社会は安全」といった、[今日でも]何のエビデンスもない短絡的な公式を導くことになった¹⁵⁾。

古今東西、《病者》や障害者は、犠牲者非難の対象となりうる存在であったと言えよう。そうした状況は仏教思想にもあり、ユートピア（理想国）の思想¹⁶⁾にも現れている。ユートピアでは《病者》の苦痛よりも、《病者》が「人間としての義務を果たせないこと」「不治の病が生き恥であること」「他人にとって、したがって社会にとって大きな負担であること」が問題視されている。このように《病者》を犠牲者非難の対象とする一つの要因は、社会に迷惑をかける厄介者・邪魔者と見なされてきたことによる。

なお、村上國男¹⁷⁾は、ある疾患（病気）が差別と偏見の対象となりやすいのは、次のような「条件」があるからだとして述べている。それは、

- (1) 遺伝性疾患あるいは遺伝性と信じられている疾患。血友病など。
- (2) 死亡率の高い疾患。がんなど。
- (3) 難治性の、あるいは慢性の疾患。各種の難病など。
- (4) 感染症、とくに「恐ろしい」伝染病。結核など。
- (5) 外見上の脱落、変形、変色を伴う疾患。ケロイドなど。
- (6) 浸出液、異臭を伴う疾患。慢性湿疹など。
- (7) 肉体的に能力が劣っていると思われる疾患、機能障害。肢体不自由者など。
- (8) 精神的に能力が劣っていると思われる疾患、障害。知的障害など。
- (9) 不道德と見なされている疾患。麻薬中毒など。
- (10) 宗教、慣習によりその社会集団でのみ特別視される疾患。アルビノ（先天性白色症）など、である。

村上によれば、ハンセン病は、これらのうち、(3) (4) (5) (6) (7) (10) [かつては (1) (2) も] 該当していたために「差別や偏見を受けやすい条件を備えていた」とする。これらの項目は、当の本人にとっては苦痛・苦悩であり、そこから解放されるべきものであるにも関わらず、逆に偏見と差別の理由づけにされてしまう。村上は、これらの項目を患者にもとからある所与の条件として列挙しているが、実は、これらは正常／異常の二分法に従う医学の分別の眼差しによって、初めてマーカー（スティグマ）としての役割を付与されて、強調され増幅される。それに向けられた人々の萌芽的な差別意識としての違和感を、医学はハンセン病やエイズという「医学的根拠のある感染症」の徴候（烙印）として一段と際立たせ、犠牲者非難イデオロギーの格好的にしてしまったのである。

このことは、医学的な知見というものも決して中性、中立であるとは言えず、文化社会的には多義的な価値を与えられ援用されうることを意味している。特に、「人間機械論」とともに近代

医学の理論的支柱である「特定病因論」は、（例えば、個体因子、環境因子、病原体因子など）社会の諸関係の交錯によって成立するとされてきた病気を、結核の根本原因は結核菌だとするよう、患者の身体内部の病巣に単一の根本原因を求めてしまう。このことは、その根本原因の病原菌を殲滅する治療法がない限り、その病原菌の担体（患者）を非難し隔離・排除し、可能なら消滅させるという社会防衛の戦略を許すことにもなったのである。

IV. 病者・障害者の利他行為としての代理苦

では、次に、共生の議論の桎梏となっている「犠牲者非難イデオロギーに象徴される自己責任論」に対抗する理論として何があるかと考えるが順当である。するとまず浮かぶのは、従来の人道主義であり、あるいは社会主義的な福祉政策の理論であろう。しかし、これらの思想も、イングラントの救貧法 Poor Laws に遡及するような富者（強者）が貧者（弱者）を救済するという構図に基づいており、《病者》は救うべき対象として救済者の下位に位置づけられることになる。これは上から視線の自己責任論を超えているとはいえ、そのままでは自己責任を帳消しにしたことにはならない。

だが、同じような救済活動を行なう《仏教者の自利利他の思想》は、そういった救済的行為が自己にとっての修行としても位置付けられる点で従来の人道主義と質的に違っていると言える。ここには（医療者・介護者・支援者など）ケア・テイカーの意識変容がみてとれる。そこで筆者が注目したのは《病者》に対する仏教的意識変容である。例えば、天下大圓によれば、平安時代には「病者、貧窮者は、われわれ健常者がとうていできない苦悩を代わって受けてくれるという代理苦救済の思想は日本人の心情に訴え、多くの慈善活動を生み出す背景になった」¹⁸⁾という。

代理苦は代受苦ともいう仏教思想である。この代理苦という言葉も、仏教でいう、他人に代わって苦しみを引き受ける「代受苦」に基づくものである。仏教では、他者を利し、生きとし生きるもの一切の衆生を救う行為を「利他行」とか「利行」とよぶ¹⁹⁾。これは「身代わり地蔵」といった、さらに後世の民話などで親しまれてきたコンセプトの原型でもある。地蔵は、地蔵菩薩ともいい、菩薩 bodhisattva の一尊である。菩薩とは、筆者の理解では、お寺の中にじっと鎮座して美術鑑賞の対象ともなっているフィギュア（美術品）などではなく、自らは成仏（自己成就）可能な段階にありながら、成仏を保留しさらに、人々（衆生）を救うために現世で活躍している活き仏を指す。

従って、身代わり地蔵は、例えば自分の苦を代わって受けてくれるといった、《病者》の願い事を叶えてくれる超越的存在として位置づけられているのではない。むしろ、《病者》こそが「身代わり地蔵」だという意味である。これは「ある行動・状態を演ずる行為者が、それ自体では自己を犠牲にするのだが、その結果として、それが共同体の成員を何らかの点で有利にするこ

と」という意味で確固とした利他的行為とみなすことができる。

《病者》が健常者の身代わりになっているという仏教的理論は、犠牲者非難イデオロギーにおける健常者と《病者》の位置関係が逆転することになる。この理論では、異常とされた群の成員すなわち《病者》は、正常とされた群の成員すなわち「健常者」が負うことになるかもしれない病気や障害という負荷を代わりに背負っている集団と見なす立場が成立しうる。その意味でこの立場は、《病者》に対する犠牲者非難イデオロギーの対抗理論（の一つ）になりうる。これを「代理苦理論」と呼ぶ。

ここで「病気の発生頻度」について一瞥しておきたい。ある集団（正常群＋異常群）から分別される異常群についての代表的な統計的数値（罹患率 [1年間など或る一定期間の発症率／人口10万対]、有病率 [ある一時点における病気の人の割合%]、死亡率などで示される）を見ておこう。次に挙げたように多くの疾患では、ある一つの集団全体の中で異常とされる群の占める割合が、ある一定期間に限ってみれば、ほぼ一定の傾向を示していることが見てとれる^{20, 21, 22)}。

例えば、日本人の集団では（一時点での断面）であるが、血友病なら発症率は10万人に7.4人、大腸ポリポージスなら1万人に0.57人、ドゥシャンヌ型筋ジストロフィーなら1万人に4～5人、染色体異常のトリソミー18では1万人に1人であった。また、悪性新生物（腫瘍）なら1万人に28.3人などで、ほぼ一定の比率で生じている。また、性別・主要因別にみた年齢調整死亡率も、数年の単位では、それぞれの病気の死亡率がほぼ一定の比率で推移しているようだ。

医学上の診断に基づいて実際に分類された、これらの数字は、《病者》の集団と母集団（異常群＋正常群）との間に、ほぼ一定の関係があることを現象的に示唆している。むろん、こういう統計結果は、そのまま実社会（自然界）で病気の分布の比率が一定に推移することの実証ではない。しかし、《病者》と母集団との関係に、こうした一定期間の比率の近似性がみられたということは、両者の関係が無関係でもアト・ランダムでもないことを示唆している。

こうした近似性（類似性）の原因は、おそらく、その分類を導くマーカーに着目した医学の眼差しが形成する意味づけ（診断という分類法）によるものと思われる。前節でみたように、病気や健康といった概念は文化社会的価値観に基づいた構築物である。自然主義的な統計結果が広範な病気の比率の類似性を見せたのは、医学という文化社会的な価値体系が普遍化している証左と見なすことも可能となる。すると、《病者》集団は、医学によって恣意的ないしは文化社会的に切断された母集団の一方ということになる。すなわち、《病者》と健常者の集団は、ある疾患（障害）という眼差しで分断された表裏の関係に置かれていることになろう。

こうした表裏の関係にある《病者》と健常者の関係について、ダウン症を例に解釈すると、本邦においては1000人生まれた赤ん坊の内、平均1人がダウン症と診断されることは統計的に避けがたい状況にある。この時、ある1人がダウン症になると、他の残りの999人はダウン症から免れうるという関係性が生まれる。産婦人科医で臨床遺伝専門医の平原史樹も、産科婦人科学会の第68回学術講演会の招待講演「産婦人科領域における遺伝医学と遺伝診療」の中で、先天異

常児は3～5%生まれるが自然の摂理による多様性の中では、患児と健常児の誕生は同じ事象なのだとすることを強調している²³⁾。つまり、両者が同じ事象であるということは、この1人のダウン症児は（むろん自らの意志ではなく偶然そう配置されたためだし、ダウン症の世界に限ってのことだが）そうではない児に対して、結果的に利他的行為を行なったことになる。このように代理苦理論を用いることで、《病者》の営為がもつ利他主義的解釈が可能になる。

一方、犠牲者非難イデオロギーは、健常者群が《病者》群に依存している代理苦理論を無視したところで成立していると言える。また、《病者》に同情を寄せ救うべしとし、通念上、犠牲者非難とは反対の位置にあると見なされる人道的博愛主義的な《病者》観も、正常群と異常群との関係性を等閑視する限り、従来どおり犠牲者非難イデオロギーの存在を許すことになるう。

代理苦理論が、犠牲者非難イデオロギーに対抗する理論であるとは、次の意味である。一般に、犠牲者非難が展開される従来の社会では、《病者》はしばしば「労働力を欠如した社会のお荷物」と規定されている。それに対して、朴光駿²⁴⁾も、代理苦理論を仏教的な障害者観として位置づけている。そして、ダウン症でない人々が代理苦の思想を受け入れるなら「自分たちはダウン症の障害者に対してある種の借りを作っていて、何かお返ししなければならない」と認識することになると指摘する。また、社会福祉の受給者を社会のお荷物とみなすことは、現代社会においてもしばしばみられるが、これは貧困などの社会問題に対する社会の責任を認めず、その問題の犠牲者にその責任があるという考え方のだと指摘している。

代理苦理論では、《病者》や障害者は、その存在自体が、代理苦（利他行）によって、すでに健常者群を支えるという役割を果たしていると思える。この点で健常者には《病者》に対する負債（恩義）というものが生じてくる。健常者は、例えば《病者》の治療や生活支援等によってその借りを返済すべきものとなる。このことは、《病者》に対して健常者が手を差し伸べるという行為は、当然なされるべき「恩返し」とみなされる。ここに医療倫理や社会福祉の起源を見出すことはむずかしいことではない。

V. 共生の構造としての享利の互酬的ネットワーク

前節までに述べてきたように、代理苦理論に基づく、《病^{やまい}》のもつ「利他性」は、実は《病者》と健常者の間に互酬性に則った相互行為を惹起する役割を果たす。ある集団（社会）全体からみれば、《病者》／《障害者》と健常者の関係は、実は病気や障害の数ほど存在していて、ある病気／障害では《病者》／《障害者》であったものが、別の病気に関しては健常者であるという関係の交代が日常的に繰り返されている。このように《病者》／《障害者》と健常者は、病気ごとに、その利他的役割を交換しながら、その集団全体（共同体）がかかえる様々な病気や障害にその都度対処して克服していく互酬的ネットワークを形成している。

これは一種の御恩送りのネットワークとも言えよう。御恩返しというと A と B という当事者

間だけのできごとだが、A が受けた「御恩」を B だけではなく、C にも D にも E にも多数に送り、また、それを受けたものが、さらにその他の多数に送るという諸関係である。その代理苦理論とこの享利（共利）の互酬的ネットワークが類病的病者論の要となる。

ちなみに、《病者》／《障害者》の中には代理苦理論が自らの価値を狭めるものと誤解する者もいる。しかし、「正常」と「異常」、《病者》と健常者という分類が、個性などというミクロの場面のことでなく、マクロの集団的レベルで規定されているという事態にきちんと目を当て、自分たちが御恩送りの一翼を担っていると認識できるなら、そうした誤解も解けることであろう。

言いかえれば、代理苦理論が描き出す地平には、一方的な《病者》／《障害者》とか一方的な健常者など存在しないのである。誰しもが一方で《病者》／《障害者》であり他方で健常者という日常の関係性の認識が重要なのである。松嶋健²⁵⁾は、イタリアの精神保健のモットーの一つ「近づいてみれば誰一人まともな人はいない (Da vicino nessuno è normale)」をとり挙げ、こうした各島々が独立した特異性を有する多島海の群島のモデルを表現しているとする。「それは正常人の集団なのではなく特異的例外的な存在である例外者たちが住まう空間である。それは例外状態が常態化した現代においてこそ、あらためて具体化されるべき場であろう。」としている。医をめぐる人々の共生関係には、このような享利の互酬性のシステムがその一翼を担っていると言えるのである。

VI. 文化社会的機能と《異邦人的接遇》

話は変わって、以下では、上述の「類病的病者論」の《病者》の意義を前提にしながら、ケア、特にヘルスケアを成功裏に行なう際に〈ケアの担い手〉が喚起すべきことについて述べておきたい。すなわち、ケアにおける接遇 attendance のあり方の問題と、その代表格としての《異邦人的接遇》について略述しておこう。

一般に文化とは²⁶⁾、一つの社会集団の構成員としての個人が受継ぎ、その個人に世界をどう見るのか、それを感覚的にどう経験するのか、その世界で他者や自然環境や神仏などの超自然的力と関係しながらどう行動するか、などを教える一連のガイドラインである。また、文化は、個人に、シンボル・言語・芸術及び儀礼を用いて、これらのガイドラインを次の世代に伝える方法も与えている。文化は、代々受け継がれる「ものの見方の」「レンズ」であり、個人はそれを通して自分の住む世界を認知し、そこでの生き方を習得する。そのような共有の世界認識なしには、人間集団の結びつきや存続は不可能となろう。この「文化のレンズ」の特徴は、社会の構成員を様々なカテゴリーに分別することであり、例えば、メンバーを、男／女、子供／若者／大人／老人、身内／他人、正常／異常、健常者／障害者、健康／狂気／病気、等々の社会的カテゴリーに分類するのもその機能の一つである。

たとえば、聴覚器官に支障 disorder がないとしても、日本語獲得以前の乳児や日本語がわか

らない外国人、あるいは「認知症」と診断された人々などは、相手の発言を全く理解できない場合が少なくない。この際、意思疎通の決め手となるポイントは、「正常」な身体的機能ではなく文化的（社会的）機能である。つまり文化的に見ると、相手の言葉が理解できないのは、乳児や外国人の場合はまだ日本の文化のレンズが経験的に獲得されてないことに原因があり、「認知症」の場合は、獲得したレンズが変性したり欠失したりしたためである。

文化的レンズを身につけていない者は、一般に「異邦人」のカテゴリーに入る。ケアの担い手は、認知症や高次機能障害を伴う高齢者を、こうした異邦人的な人格として接遇することが大切である。異邦人として対応するというのは、相手を様々なことがわかっていない幼児のごとく上から目線で扱うことでは全くない。むしろ、母国では普通に生活している人であり母国の文化的レンズを体得している外国人である。一方、ケアの担い手も、その外国人から見たら、自らを母国とは違う異文化のレンズをもった「異邦人的」存在として自覚しつつ相互に敬意をはらいながら接近し理解しようという位置関係にある。この接遇の形態を、本稿では《異邦人的接遇 Ethnographic²⁷⁾ attendance》と呼ぶ。なお、認知症ではない高齢者すらも、若いケアの担い手世代から見たら、世代間差によるサブカルチャーの違いからくる文化的レンズの相違も少なくない。この場合にも異邦人的接遇が必要になるはずである。

さらにケアの担い手から見て異邦人的接遇が必要となるクライアントは、公共的言語 public language の力が低下している分、私密的言語 private language²⁸⁾に依存している可能性が高いと推察される。両言語の関係は、広い意味では、全国に通ずる「共通語（公用語）」対「地域の方言」という関係に近いが、個々人に現れる狭義の公共的言語は他者とのコミュニケーションで使用されるもので「外言」に相当する。一方、狭義の私密的言語とは、いわゆる「内言」すなわち「自己の認識や思考（内心）」であり「自分と環境とのインターフェース（接点）」を構成するものである。

ちなみに異邦人的カテゴリーに包摂される日本人が使用する言語は、一般の日本人が使用する公共的言語のように共通のコミュニケーションを保障するための手段としてはあまり機能していないという解釈も成立する。したがって、ケアの担い手は、自らの使用する公共的言語が彼らに通じないからという理由で専断的に彼らが劣っているとか病的であるとか判断すべきではない。こうした場合の医学的解決はケアの担い手の人的資源不足もあり、専ら薬物治療となりかねない。薬物の使用で徘徊がとまったり痛みが止まったりしても、薬物のせいで意識をうしなったままになり家族やケアの担い手とコミュニケーションがとれなくなったとしたら、それは問題の解決ではなく問題を消滅させたことにすぎない。むしろ、問題消滅につながらないように、相互に異邦人のごとく接して相手の意図をしどろもどろながら理解しようとする異邦人的接遇が求められているのである。

VII. おわりに～クライアントの私密的言語への《異邦人的接遇》

最後に、クライアントの私密的言語に関する事例をいくつか例示して考察してみよう。

A) 柄谷行人は「夢の世界」について次のように記述している²⁹⁾。引用文中「…」は筆者の行なった省略を示す。[] 内は筆者の補遺（以下、同様）。

「…狂人〔統合失調症のような精神障害者〕は過酷なほど明瞭な観念に苦しんでおり、けっして非現実的な空想に耽っているのではない。彼は「現実の世界」よりずっと強烈にリアルな世界にすんでいて、その「世界」の軋くびきからのがれることもできないのだ。外側からみれば幻聴だとしても、当人にとってはどんな現実の声よりも明瞭で強迫的である。…迫害妄想をもつ病者は、たとえば彼を中傷する他者の声を聞く。しかし、実は彼は他者の声を「聞く」のではない。もし現実の声であるならば、それはわれわれの外側ある。すなわち、われわれはそれに対してさまざまな対応が可能であり、黙殺することも反撥することもできる。あるいは耳を閉ざすこともできる。しかし、病者においては、その声に対する「距離」をもつことができない。その声は圧倒的な実在であって、彼はあまりにリアルな世界の中に生きるほかないのである。」

ここでいう「狂人」の妄想的な世界が私密的言語の一端を表している。しかし、その言語は公共的なものではないのでケアの担い手はその十分な理解なしにはクライアントは異邦人のままであり、その私密的な世界へのアプローチは難しい。

B) また、認知症されている母親が介護している娘と夕食を済ませた後、「大変ごちそうさまでした。では、そろそろおいとまします。」と言ったりする「夕暮れ症候群」などと呼ばれる場合でも、公共言語的対応ならば「何言ってるのお母さん、ここがお家でしょう！！しっかりしてよ」となるでしょう。それに対して娘が「はい、承知しました。では、私がお送りしましょうね」などと言って、いったん一緒に家を出て町内を一周するなどエスコートして家に戻ってくる手もある。そして母親に「さあ、着きましたよ」と言えば母親は納得することになる。こちらが異邦人的接遇にあたるアプローチである。

C) たとえば、毎夜、徘徊を繰り返す高齢者が以前は漁師であったとする。彼は、確かに失見当識 disorientation に陥っていて自分が養護施設に収容されているという実態を認識せず、すでに漁師を引退していることも失念しているかもしれない。しかし、彼の内心では、毎晩のように漁に出ることが自分のミッションとなっていたら、夜に起きて漁のしたくのために港に行って出漁の準備をしなければならないと考えている可能性がある。ところが、施設には漁港も漁船もない。彼が夜半その無いものを懸命に探し求めているも傍からは無意味な徘徊と認定されることになる。同様に、農夫だった人が、施設での昼食中、いきなり外出しようとしたので介護者がどこに行くのかと尋ねたところ「これから田植えに」と答えたという話もある。

つまり、このクライアントたる高齢者を収容しコントロールしている施設は言わば公共的言語

に覆われた「環境」であり、この元漁師や元農夫が内心からプライドをともなって見ている世界が私密的言語に満ちている「環境世界」ということができる。したがって、ケアの担い手が、この私密的言語による環境世界へアプローチする際には異邦人的接遇が推奨されよう。また、施設を環境からではなく、クライアント側の環境世界から見る視点は、クライアントを施設に収容するという解決法に含まれる全制的施設 total institution (ゴッフマン等)の問題の再考にも資するものと言えよう

締めくくりに、齊藤真善は、ASD (自閉症スペクトラム傷害)の当事者の次のような類的な言葉を紹介している³⁰⁾。

①「皆さん(定型発達者)は、他者の気持ちや意図を理解する能力があり、私たち当事者にはそれができないという。②「そこで知ってもらいたいのは、自閉症でも知的障害者でも「健常者」のあなたでも本人に見えている世界がその人にとってノーマルで普通で当たり前だってこと。あなたが自分の世界を正常で標準だと思っているのと同じ。③「そしてあなたと僕たちを隔てる明確な境界線はどこにもないってこと」。

ちなみに斎藤は、この人との対話で返事が来るまで3時間待ったことがあるという。それが彼の固有のリズムであり、斎藤は、その時、異邦人的接遇を行なっていたのである。それと同時に、ここには類的病者論における互酬性のシステムも生かされていると思われる。これらが共生とケアを成立させる要件と言えるのである。

注

- 1) 「類的病者論」も「異邦人的接遇」も筆者の造語である。「異邦人的接遇」は、英語では《ethnographic attendance》と表現されるが、医療や社会福祉などのケアを行なう者 (caregiver/caretaker/career) が、ケアする相手に対してとるべき姿勢について論ずるものである。
- 2) K・マルクス (城塚 登記)『ユダヤ人問題によせて／ヘーゲル法哲学批判序説』岩波文庫、1974年、23-25頁
- 3) http://www.kazuokawasaki.jp/kk/9_designlang2.php?cid=41&del=3 (アクセス: 2017年7月16日): 「類的存在【Gattungswesen, species-being】」とは「マルクスの唯物史観が形成される過程を検証したフォイエルバッハによって、批判性と継承性、独自性を発展させるために使われた概念である。人間とは、常に自己と他者を意識し、その関係性のなかで生きる存在」という語義である。「類的病者論」とは、(患者・障害者・逸脱者等を含む)病者を類的存在として論ずるものである。
- 4) <https://blog.goo.ne.jp/megahiyol414/e/91683a8c1ac46bb2322b4726e17d4147> (アクセス: 2020年10月11日): ちなみに、ハダカデバネズミでは、このような利他的行為が、次のように兵隊役のネズミによって能動的に行われている。「辛いといえば、兵隊も辛い。コロニーには度々、よそ者デバ[ネズミ]、天敵など招かざる客が訪れる。同じデバなら戦えばいいけれど、蛇などは立ち向かっても勝ち目はない。そこでわが身を犠牲にして、自ら蛇の口にダイブするのだ。蛇はデバを一匹食べればお腹いっぱいになるので、さっさと退散する。涙ぐましい話だ…」
- 5) 村岡 潔「病いの利他性に関する一考察ー犠牲者非難イデオロギー対代理苦イデオロギーー」、『医学哲学・医学倫理』第19号、2001年、166-178頁; MURAOKA, Kiyoshi; On the Altruistic Meaning of Illness, In the proceedings of the 4th International Conference of Health Behavioral Science, 2001
- 6) 病者(病人)の内で、医療者と交流した存在を一般に「患者」という。患者ー医療者関係(医師ー患者

- 関係)の成立なしには「患者」(という言葉)は存在しない。
- 7) 村岡 潔「医師－患者関係における医療情報の〈交換〉はいかにおこなわれるべきか」, 佛教大学文学部論集 88号, 2004年, 131-142頁: 本論考では, 患者が医師に自己の心身を提供することを等身大に評価するならば, 医療者側には多大な医療情報・医療技術の獲得の機会を与えることになるので, 交換理論上は, 医師と患者は win-win の関係にあると結論している。
 - 8) D・ランツェラート「病気と病人」, 生命環境倫理ドイツ情報センター編(松田純・小椋宋一郎訳)『エンハンスメント－バイオテクノロジーによる人間改造と倫理』所収, 知泉書館, 2007年, 116-166頁
 - 9) 村岡 潔, 前掲5)と同じ
 - 10) 佐藤純一「特定病因論」, 医療人類学研究会編『文化現象としての医療』メディカ出版, 1992年, 66-69頁: 「医学理論において, 何が病気の原因であるかを設定する理論は「病因論」と呼ばれる。「特定病因論」とは, 「特定の疾患には, 特定の原因がある」とする考え方(病因論)であり, 近代医学をはじめあらゆる医学理論の中にみられる。…「なぜ病気になったの?」という基本的な問いは, 病人として置かれた状態の責任の追求と, その病気の状態からの解放の方法の追求とを含んでいる。つまり, 病気の原因を設定する病因論は, たんなる因果関係を示すものでなく, 「誰のせいで, 何のせいで」という責任関係と, 「どうしたら治る」という治療方法を提示する理論なのである。近代医学理論の歴史は原因追求の歴史ともいえ, 病気を説明する病因論を前提とし, それぞれの文脈で原因が措定され, それに基づく治療法が採択されてきた。」
 - 11) 本稿では《病者》という場合, さまざまな《犠牲者 victim》, すなわち, 被害者・被災者・患者, あるいは障害者を指すものとする。
 - 12) 的場智子: 「病者と患者」, 進藤雄三, 黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社, 1999年, 36-37頁
 - 13) 立川昭二: 『病気の社会史(副題: 文明に探る病因)』岩波書店, 2007年, 38-62頁
 - 14) 柄谷行人「病という意味」, 『日本近代文学の起源』所収, 講談社, 1980年, 126-137頁
 - 15) 牧野正直: 「近代ハンセン病医療史」, 大谷藤郎監修『ハンセン病医学』, 東海大学出版会, 1997年, 284頁
 - 16) トマス・モアの『ユートピア』(1516年)の一節には, ユートピアでは回復の見込みのある病人には医薬や栄養などは十分に与えられるものとしながらも, 「もし, その病気が永久に不治であるばかりでなく, 絶えまない猛烈な苦しみを伴うものであれば, 司祭と役人とは相談の上, この病人に向って, これ以上生きていても人間としての義務が果せるわけではないし, いたずらに生恥をさらすことは, 他人に対して大きな負担をかけるばかりでなく, 自分自身にとっても苦痛に違いない, だからいっそのこと思い切ってこの苦しい病気と縁を切ったらどうかと〔死を〕すすめる」と記述されている(トマス・モア(平井正徳訳)『ユートピア』岩波文庫, 1957年, 131-132)。
 - 17) 村上國男「ハンセン病をとりまく諸問題」, 大谷藤郎監修『ハンセン病医学』, 東海大学出版会, 1997年, 300-301頁
 - 18) 大下大圓『癒し癒されるスピリチュアルケア(副題: 医療・福祉・教育に活かす仏教の心)』医学書院, 2005年, 84-88頁
 - 19) 中村元『佛教語大辞典』東京書籍, 1981, 931頁, 1409-1410頁
 - 20) 厚生省保健医療局『生活習慣病のしおり』, 1999年, 89頁
 - 21) 厚生統計協会『厚生指標・国民衛生の動向』, 1999年, 49頁, 153頁
 - 22) 厚生労働統計協会『厚生指標・国民衛生の動向』2012年, 54頁, 56頁
 - 23) 平原史樹「日本産科婦人科学会雑誌」, 2016年, vol.68, No.2, 347-348頁
 - 24) 朴光駿『ブッダの福祉思想(副題: 「仏教的」社会福祉の源流を求めて)』, 2012年, 236-239頁
 - 25) 松嶋健『プシコ・ナウティカ(副題: イタリア精神医療の人類学)』世界思想社, 2014年, 425-435頁
 - 26) C. G. Helman 1994: "Culture, Health and Illness, An Introduction for Health Professionals," (3rd Edition), Butterworth-Heinemann, Oxford, 1994: 1-5

27) 「エスノグラフィーは、元来、文化人類学、社会学の用語で、集団や社会の行動様式をフィールドワークによって調査・記録する手法およびその記録文書のこと。エスノ (ethno-) は「民族」、グラフィー (-graphy) は「記述」意味、一般訳「民族誌」。近年は商品開発やマーケティングに欠かせない調査手法として注目され、さらには人材育成やプロジェクトマネジメントなどの分野でも活用される（人事労務用語辞典）。」たとえば「ユーザーへの理解を深め、潜在的ニーズを探る手法～エスノグラフィー調査：①同じユーザーグループでも人の好み、嗜好はそれぞれ。それどころか、1人のユーザーであってもモノや場面によって、さまざまな好み、嗜好、判断基準が存在する。②様々な要因で有機的に変わるユーザーの嗜好やニーズ。多様で曖昧なユーザーの行動を理解するには、その人のさまざまな部分を知る必要がある。この手法では行動や生活スタイルなど、さまざまな視点からユーザーを客観的に浮き彫りにする。

(<https://u-site.jp/research/methods/ethnography/>) [アクセス：2018年2月4日]

28) ここでいう「公共的言語 public language」と「私的言語 private language」については、I・ハッキングの『言語は哲学にとってなぜ問題になるか』（伊藤邦武訳、勁草書房、1989）の両概念に負うところが大きい、筆者の解題的使用である。

29) 柄谷行人「夢の世界－島尾敏雄と庄野潤三」、意味という病』講談社、1989年、68頁

30) 第11回 日本スピリチュアルケア学会学術大会抄録集、2018年、齊藤真善 [北海道教育大]、22頁

付記

本稿は、佛教大学総合研究所共同研究「東アジアにおけるケアと共生」研究班の、国際学会会議（北京2017年、済州島2018年、佛教大学2019年）での発表内容をまとめた総説である。

（むらおか きよし 共同研究研究員／佛教大学社会福祉学部教授）